1886-1887 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 37

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MYOSITE AIGUË

SUPPURÉE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 4 MARS 1887

PAR

Paul-Marie-Eugène SUARD

MÉDECIN DE 2me CLASSE DE LA MARINE

NÉ A PARIS LE 28 DÉCEMBRE 1858

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

Noms des Examinateurs

MM. LAYET, *Président.*
COYNE.
BOURSIER.
MOUSSOUS.

BORDEAUX

Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1887

1886-1887 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX
N° 37

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MYOSITE AIGUË

SUPPURÉE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 4 MARS 1887

PAR

Paul-Marie-Eugène SUARD

MÉDECIN DE 2me CLASSE DE LA MARINE

NÉ A PARIS LE 28 DÉCEMBRE 1858

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. LAYET, *Président.*
COYNE.
BOURSIER.
MOUSSOUS.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ.....
BITOT..... } Professeurs honoraires.
MICÉ.....

	MESSIEURS
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, agrégé.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. LANDE.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON DUDON.
Accouchements	LEFOUR.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PLANTEAU. FERRÉ.
Histoire naturelle	NABIAS.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf. MM. NÉGRIÉ | Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clinique chir. des enf. BITOT. | Maladies mentales... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE VICE AMIRAL PÂRIS

Membre de l'Académie des sciences.

Hommage respectueux de ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BLANCHE

Membre de l'Académie de médecine.

Respectueuse et profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MEURIOT

Directeur de la Maison de Santé de Passy.

Témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon entier dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESMARES

Hommage de mes sentiments affectueux et dévoués.

A MONSIEUR CABARRUS

Inspecteur général des Ponts et Chaussées.

Souvenir d'affectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE ROY DE MÉRICOURT

Membre de l'Académie de Médecine.

Hommage d'affectueuse reconnaïssance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUFFRET

Médecin en chef de la Marine,

Professeur aux Écoles de médecine navale.

Sentiments affectueux et reconnaissants.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAYET

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine.

Hommage de reconnaissance et de dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAUX

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris.

A MES MAITRES

Je prie Messieurs

LE DOCTEUR GESTIN

Directeur, président du Conseil supérieur de Santé de la Marine

---

LE DOCTEUR BERANGER FÉRAUD

Directeur de l'Ecole de médecine navale de Toulon

LE DOCTEUR BARTHELEMY

Directeur de l'Ecole de médecine navale de Brest

LE DOCTEUR CUNÉO

Médecin en chef de la Marine

Professeur aux Ecoles de médecine navale

LE DOCTEUR MERLIN

Médecin en chef de la Marine,

Professeur aux Ecoles de médecine navale

LE DOCTEUR THOMAS

Médecin en chef de la marine,

Professeur aux Ecoles de médecine navale

LE DOCTEUR ROUVIER

Médecin en chef de la marine,

Professeur aux Ecoles de médecine navale

LE DOCTEUR FONTAN

Médecin professeur de la marine

LE DOCTEUR L. BERTRAND

Médecin professeur de la marine

De vouloir bien agréer l'expression de ma reconnaissance pour l'intérêt bienveillant qu'ils m'ont témoigné dans le cours de mes études.

INTRODUCTION

Nous observions, en 1886, un cas de myosite primitive aiguë suppurée et nous rencontrions à la même époque, dans la *Gazette chirurgicale allemande,* quatre cas relatés par Scriba, chirurgien à l'hôpital de Tokio, qui offraient une grande analogie avec le nôtre.

Cette coïncidence éveilla notre attention, et nous fîmes des recherches pour savoir ce que les principaux auteurs avaient formulé sur cette affection. Ils s'accordent tous à reconnaître la rareté de la myosite aiguë suppurée ; mais c'est au point de vue étiologique que les avis sont partagés, et il nous a paru intéressant, après nous être inspiré des travaux les plus récents de Velpeau, de Dionis des Carrières, de Rœseler, etc., et des observations de Scriba, de contribuer à l'étude de la myosite

primitive aiguë suppurée en abordant certains côtés obscurs de son histoire et en essayant de démontrer qu'il existe une myosite primitive aiguë suppurée reconnaissant une cause tout à fait différente de celles qu'on lui a assignées jusqu'à présent et ayant pour origine un agent infectieux.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE

DE LA

MYOSITE AIGUE SUPPURÉE

Historique.

La plupart des pathologistes ont considéré comme très rare la véritable inflammation des muscles de la vie animale, et ils ont fait remarquer que la phlegmasie, lorsqu'elle a lieu, ne siège pas dans la fibre musculaire elle-même, mais seulement dans le tissu celluleux dont elle est partout environnée.

« J'ai ouvert fréquemment, dit Laugier (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. I, p. 8), des abcès contenus dans une gaîne musculaire, notamment celle du biceps brachial, mais leur siège était le tissu cellulaire interposé aux fibres des muscles; quant à ceux du tissu musculaire lui-même, ils sont fort rares, s'ils existent, et en général leur existence est niée.»

Des travaux récents sont venus jeter un jour nouveau sur

cette question obscure, et l'on admet aujourd'hui que l'inflammation se porte aussi bien sur l'élément contractile lui-même que sur le tissu cellulaire qui l'environne, et que la myosite peut être parenchymateuse ou interstitielle.

Nous allons donner un aperçu historique des différentes espèces de myosites, en passant en revue les différents cas dans lesquels peut se manifester l'inflammation musculaire. Auparavant, nous ne croyons pas inutile de faire une classification des affections musculaires en nous plaçant au point de vue étiologique.

Dans sa thèse, Labuze (Thèse Paris 1871) adopte la classification suivante dans l'étude générale qu'il a faite des abcès développés dans la gaîne du muscle grand droit de l'abdomen :

1° Myosite simple aiguë ;
2° — rhumatismale ;
3° — syphilitique ;
4° — de la scrofule ;
4° — des ruptures ;
6° — des fièvres graves.

La classification de Fischer, dans son mémoire sur la myosite (Paris 1869), embrasse un plus grand nombre de faits :

1° Myosite traumatique (blessures; opérations qui mettent la substance musculaire à nu; contusions, ruptures, sections musculaires sous-cutanées).

2° Myosite par contiguïté (propagation de l'inflammation d'une partie du tissu cellulaire au muscle voisin).

3° Myosite symptomatique (fièvres graves, morve, farcin, infection purulente, scrofule, syphilis).

4° Myosite spontanée aiguë, présentant la marche et les symptômes d'une phlegmasie simple.

5° Myosite spontanée chronique.

Les auteurs qui, dans la suite, ont étudié d'une façon plus générale l'inflammation des muscles, ont dû nécessairement ranger sous un certain nombre de chefs les causes multiples assignées à cette lésion.

Telle est la classification de Hayem (*Dictionnaire des sciences médicales*).

Le premier groupe est constitué par les affections propres ou protopathiques, et le second par les affections secondaires ou deutéropathiques qui sont de beaucoup les plus communes.

I. — Affections protopathiques.

Les affections primitives des muscles comprennent :

1° Les lésions traumatiques : contusions, plaies, ruptures, brûlures, congélation.

2° Les inflammations dites spontanées.

3° L'hypertrophie vraie, la pseudo-hypertrophie ou sclérо-adipose musculaire, partielle ou générale.

4° Les affections parasitaires qui ont leur siège spécial dans les muscles (trichines) ou qui peuvent s'y développer primitivement (cysticerques, échinocoques).

5° Les néoplasies.

II. — Affections deutéropathiques.

Le second groupe comprend les affections qui sont liées à une maladie générale, ou qui sont sous la dépendance d'une affection d'un autre organe ou système.

Elles sont très nombreuses et très fréquentes. Elles peuvent être classées de la manière suivante :

1° Affections des muscles liées à une maladie générale : pyrexies, septicémies.

Maladies virulentes : morve, farcin, syphilis.

Maladies constitutionnelles : rhumatismes, goutte, carcinomes.

2° Affections des muscles liées aux diverses cachexies : impaludisme, scrofulose, rachitisme, ostéomalacie, tuberculose, scorbut, purpura.

3° Affections des muscles liées aux empoisonnements.

4° Affections des muscles propagées.

5° Affections des muscles liées aux lésions du squelette et des articulations.

6° Affections des muscles consécutives aux lésions des vaisseaux.

7° Affections consécutives aux lésions du système nerveux : cerveau, névrose, moelle épinière et enveloppes, nerfs.

Les différentes classifications que nous venons d'énumérer ont eu, comme point de départ, le psoïtis, qui était autrefois la seule inflammation musculaire observée et mentionnée.

En raison de son volume, de sa position, des accidents graves, de la terminaison ordinairement fatale que la suppuration du psoas amène à sa suite, ce muscle attira l'attention des pathologistes; on reconnaît généralement deux formes à cette inflammation :

1° Le psoïtis, suite de couches;

2° Le psoïtis dépendant de tout autre ordre de causes : chutes; coups sur la région lombaire, sur le bassin; les efforts violents que les muscles psoas ont à supporter quand

le corps, fortement porté en arrière, est brusquement ramené en avant; l'action de soulever des fardeaux pesants; enfin tous les mouvements qui peuvent produire la contraction violente et le tiraillement des fibres du psoas; cette catégorie de faits se rattache à la myosite traumatique.

De l'avis de certains auteurs, le rhumatisme musculaire aurait une influence assez grande sur le développement de la maladie. (Ferrus, Dictionnaire en trente volumes : Psoïtis; — Marchal de Calvi, thèse d'agrégation.) Kyll admet comme cause de l'inflammation du psoas le tiraillement, la rupture des fibres du muscle au moment du grand écartement des cuisses de la femme et du passage de la tête de l'enfant; le psoïtis, suite de couches, reconnaîtrait donc aussi une cause traumatique. Dans certaines circonstances, si le moment de la rupture fibrillaire est nettement indiqué, on est dans d'autres cas obligé de faire intervenir, d'après l'opinion de Kyll, l'état général des malades.

De son côté, Marchal de Calvi, dans sa thèse, reconnaît quatre ordres de causes au psoïtis; il se présenterait dans les circonstances suivantes :

1° A titre de complication de l'accouchement;

2° Comme effet de l'inflammation suppurative du tissu cellulaire cœco-iliaque;

3° Par suite de cause rhumatismale;

4° Par suite de cause traumatique.

Les faits appartenant à la deuxième classe peuvent être rapportés aux myosites par contiguïté.

Il résulte donc de la division précédente que le psoïtis est primitif ou consécutif.

Les travaux de Kyll et de Marchal de Calvi, que nous venons de signaler, n'avaient rapport qu'au psoïtis; il est maintenant acquis à la science que d'autres muscles que le

psoas peuvent être le siège d'une inflammation, et nous allons étudier dans quelles circonstances celle-ci peut se développer.

I. — **Myosite traumatique.**

Le trauma peut déterminer une inflammation dans le muscle qui en est le siège, mais cette inflammation est ordinairement légère et se termine le plus fréquemment par résolution: ce n'est que dans des cas exceptionnels que la terminaison est fatale.

A la suite de contusions, les épanchements sanguins intermusculaires se terminent rarement par la suppuration. Velpeau (*De la contusion dans les divers organes*, Thèse pour le concours à la chaire de pathologie chirurgicale, Paris, 1833) ne signale pas même cette terminaison.

Després (*Traité de l'érysipèle*, p. 81) a rapporté un exemple d'abcès profond des muscles par suite de contusion musculaire.

Pour ce qui regarde les *ruptures* du corps charnu des muscles, certains auteurs ont considéré tous les abcès musculaires comme le résultat de ruptures fibrillaires et comme la terminaison d'hématomes enflammés. Il faut distinguer les ruptures traumatiques chez l'homme sain des ruptures survenues dans le cours ou dans la convalescence des maladies générales infectieuses, fébriles, et succédant aux moindres efforts physiologiques, aux moindres mouvements du malade, ruptures liées aux altérations vitreuses et granuleuses qui expriment dans le tissu musculaire l'atteinte profonde portée à tout l'organisme par les fièvres graves.

La plupart des auteurs s'accordent à déclarer que les rup-

tures musculaires n'entraînent le plus souvent aucun danger, et guérissent rapidement sans affaiblir d'une manière notable l'énergie contractile des muscles. Vidal, Nélaton, Follin, sans nier absolument la possibilité d'une terminaison par suppuration, reconnaissent la bénignité des épanchements sanguins à la suite de ruptures musculaires.

Condensation, vascularisation, organisation de la lymphe plastique sous forme d'une intersection fibreuse analogue à celle que présentent certains muscles; telle est la marche que l'on observe dans les plaies vasculaires sous-cutanées. L'épanchement sanguin peut donc se résorber ou se transformer en kystes séreux ou fibrineux.

Ollivier (Dict. en 30 vol., art. Rupture) ne signale même pas la suppuration comme terminaison possible des ruptures musculaires.

Les recherches de Labuze (Thèse de Paris 1871) ne lui ont pas fait rencontrer un seul fait de suppuration survenue bien nettement après une rupture musculaire chez un individu bien portant.

On possède, en effet, des exemples d'épanchements sanguins énormes entre les fragments de muscles rompus disparaissant sans complication. Tel est le fait de Richardson (*Gazette médicale* 1858), où le muscle grand droit de l'abdomen et l'artère épigastrique étant rompus, l'épanchement de deux livres de caillots de sang entre les deux bouts du muscle n'amena pas la suppuration.

Toutefois, Kyll attribue les abcès du psoas qui surviennent après l'accouchement à une déchirure ou à un tiraillement des fibres du muscle par un trop fort écartement des cuisses pendant le travail de la parturition.

Cette théorie a été fortement attaquée par Mercier (*Bulletin de la Société anatomique* 1837, p. 205) qui démontre

que lorsque les cuisses sont fléchies sur le bassin, quel que soit leur écartement, les psoas ont toujours moins de longueur que lorsque les membres sont dans l'extension, et ils se contractent moins fortement.

Le psoïtis se rencontre donc aussi bien chez l'homme à la suite d'efforts que chez la femme après l'accouchement, et on a constaté la prédisposition du psoas à la suppuration. Il est probable que ce fâcheux privilège tient à la texture particulière du muscle, à la délicatesse et à la friabilité de son tissu.

Dans certains cas il s'écoule un temps assez long entre la rupture fibrillaire et l'inflammation suppurative ou non; ce qui a fait rejeter une semblable cause traumatique dans la pathogénie de quelques-unes de ces lésions.

En somme, le traumatisme, en produisant des déchirures plus ou moins complètes, est une des causes de myosite, et quoique ce soit un fait extrêmement rare, l'inflammation musculaire peut aboutir à la formation d'un foyer purulent.

Il n'en n'est plus de même des ruptures musculaires (muscles droits abdominaux, abducteurs) qui surviennent dans le cours ou pendant la convalescence des fièvres graves; la suppuration du foyer hématique peut, dans ces cas, être considérée comme la cause de la rupture.

Il est encore à noter que dans certaines opérations de sections musculaires sous-cutanées, l'inflammation s'établit franchement sur les points lésés et envahit la totalité du muscle qui devient rouge, gonflé et douloureux.

Enfin le tissu musculaire peut s'enflammer par contiguïté.

Pour Em. Cloquet, l'inflammation du psoas serait toujours le résultat du pus formé en dehors de ses fibres, quelle qu'en

soit du reste l'origine phlegmon de la fosse iliaque, phlegmon périnéphrétique-périty phlite.)

Sur douze autopsies de tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques, Grisolle (*Path. int.*, t. I, p. 574) a rencontré dix fois une altération plus ou moins profondes des muscles. Les psoas ont été trouvé malades huit fois, le muscle carré des lombes cinq fois et le muscle iliaque dix fois; la désorganisation était généralement plus profonde dans celui-ci que dans les muscles psoas et carré lombaire.

On connaît très bien l'extention de l'inflammation d'une partie malade au muscle voisin par l'intermédiaire du tissu cellulaire qui les relie; cette extension se montre dans une foule de cas où il y a phlegmon; le phlegmon périnéphrétique amène l'altération du carré des lombes. Les maladies des os amènent au même résultat; on a noté la présence du psoïtis consécutif au mal de Pott, psoïtis qui se voit souvent des deux côtés à la fois. Du reste, dans bien des cas de myosite traumatique, les caractères propres à l'inflammation musculaire sont masqués par l'abondance de la suppuration du tissu cellulaire voisin; anssi le muscle présente-t-il bientôt, dans sa partie lésée, les caractères de la myosite par contiguïté; les éléments musculaires macérés dans le pus prennent un aspect spécial : les fibres sont noirâtres, ramollies, infiltrées de pus. Si l'inflammation suppurative se prolonge, toutes les fibres musculaires disparaissent, et il ne reste plus qu'une poche où nagent dans le pus des détritus organiques.

Myosite symptomatique.

Rhumatisme. — Le rhumatisme peut-il se terminer par suppuration?

C'est un problème délicat qui a été diversement interprété. C'est encore au sujet du psoïtis que l'on a surtout invoqué l'origine rhumatismale de la myosite. Fischer, dans son mémoire, discute judicieusement la doctrine de la terminaison du rhumatisme musculaire par la suppuration, et il arrive, après la critique des faits de Gendrin, de Bouillaud, de Marchal (de Calvi), de Withmon, à la conclusion suivante : « Il n'est pas certain jusqu'ici que le rhumatisme musculaire se soit jamais terminé par suppuration; aucun fait observé ne le démontre. » Il est probable que la plupart des faits publiés sous cette rubrique se rattachent à une autre cause que le rhumatisme pur et simple, et se relient, soit à l'infection purulente qui revêt un appareil symptomatique pouvant donner le change avec le rhumatisme, soit à des abcès du tissu cellulaire propagés aux muscles.

Fièvres graves. — La plupart des maladies aiguës, fébriles, infectieuses (fièvre typhoïde, variole, scarlatine, rougeole, phtisie aiguë), retentissent sur le système musculaire, comme elles le font sur les autres organes.

En 1864, Zenker entreprit des recherches sur l'état des muscles dans la fièvre typhoïde, et reconnut deux sortes d'altérations du contenu strié, qu'il désigna sous les noms de dégénérescence granuleuse et cireuse; il considéra ces modifications de la fibre musculaire comme spéciales à la

fièvre typhoïde et n'ayant rien de commun avec l'inflammation. En 1865, Valdeyer reprit la description des lésions indiquées par Zenker, et, les comparant à celles de la myosite traumatique, il fournit des preuves en faveur de leur nature inflammatoire. Enfin, Hayem (*Archives de physiol.* 1870) s'est attaché à démontrer que ces mêmes altérations ne constituent pas une dégénérescence particulière à la fièvre typhoïde, mais se présentent également dans d'autres maladies générales fébriles, qui produisent dans les fibres musculaires, comme dans le reste de l'organisme, des lésions profondes.

Les recherches de Hayem comprennent des faits de fièvre typhoïde qui l'ont conduit à la vérification des faits observés par Zenker, 11 cas de variole, 2 cas de rougeole, 1 cas de scarlatine, 1 cas d'érysipèle ambulant compliqué de méningite tuberculeuse, 1 cas de tuberculisation générale aiguë, 1 cas de fièvre puerpérale. Il a rencontré, dans ces diverses affections générales, les mêmes altérations musculaires, se résumant en altération vitreuse et granuleuse, lésion des parois des vaisseaux, prolifération des éléments du sarcolemme à des degrés variables, suivant la durée de la maladie, suivant les muscles examinés, mais avec des caractères identiques qui lui ont permis d'en tracer une description générale.

Vallin (*Union médicale.* De la myocardite et de la myosite, symptômes dans les fièvres palustres graves, 1869) a rencontré aussi, dans les fièvres palustres, les altérations histologiques des muscles volontaires. « Dans une première forme, les fibres sont granuleuses, comme celles du cœur; les stries ont disparu et apparaissent à peine par l'acide acétique; la prolifération des noyaux musculaires est active, générale, et les noyaux volumineux deviennent rapidement granu-

leux: ces fibres sont inégales : ici renflées, fusiformes; là atrophiées et amincies. Dans une seconde forme, nous trouvons tous les degrés d'une dégénérescence cireuse, vitreuse: aspect éclatant des fibres, rapprochement très serré, puis disparition des stries, formation de rides à la surface des fibres, soit par plissement du sarcolemme, soit par tassement de son contenu; transformation de ce contenu en une masse amorphe, vitreuse, très fragile, formant, dans l'intérieur des gaînes, des blocs volumineux; morcellement indéfini et désagrégation de cette matière vitreuse qui, expulsée peu à peu sous forme de détritus, laisse la gaîne du sarcolemme vide et à moitié revenue sur elle-même.

« Ces cas se rapportent aussi bien à des fièvres pernicieuses proprement dites qu'à ces fièvres pseudo-continues palustres qu'on désigne d'ordinaire sous le nom de rémittentes. »

Valdeyer, par des expériences sur des animaux, a, le premier, reconnu l'analogie qui existe entre l'altération des muscles dans la fièvre typhoïde et celles des diverses espèces de myosites traumatiques; les recherches de Hayem l'ont conduit au même résultat.

« Toutes les formes de myosites, dit Hayem, spontanées ou traumatiques, myosites suppuratives, inflammation des muscles qui succèdent au traumatisme, plaies, contusions, amputations, sont caractérisées par des modifications du tissu interstitiel et du tissu musculaire lui-même; toutes les fois que les fibres musculaires sont altérées, le contenu strié des cellules musculaires offrent absolument les mêmes phénomènes que ceux que nous avons décrits dans les myosites symptomatiques.....

« ..... Lorsqu'on pratique chez un animal une section musculaire sous-cutanée ou à l'air libre, on détermine la

formation de deux moignons entre lesquels il se fait tout d'abord une petite hémorrhagie. Bientôt, au niveau des surfaces sectionnées, il se produit une myosite qui offre les mêmes caractères anatomiques que ceux des myosites symptomatiques; mais l'irritation porte toujours à la fois sur le tissu interstitiel et sur la fibre elle-même. Il en résulte une double néoplasie qui envahit peu à peu l'intervalle des deux moignons, à mesure que se fait la résorption du sang..... Quelques jours suffisent pour qu'il apparaisse une sorte de cicatrice molle constituée par du tissu analogue à celui des bourgeons charnus, et remplie de cellules musculaires. Les éléments musculaires nouveaux ne dépassent pas l'état fœtal. Il n'existe donc pas de véritable régénération traumatique des muscles, comme semblent le prouver les travaux de certains auteurs, et les résultats microscopiques sont d'ailleurs conformes aux faits révélés par la simple vue et signalés depuis longtemps dans les traités de chirurgie et d'anatomie pathologique. »

La dégénérescence vitreuse des fibres musculaires doit être considérée comme un phénomène accompagnant une inflammation, et non comme une dégénérescence pure.

Ces altérations de la fibre musculaire peuvent expliquer la pathogénie de certains abcès idiopathiques des muscles survenus chez l'homme sain à la suite d'exercices musculaires exagérés, de fatigues excessives.

Ne pourrait-on pas supposer que, dans ce cas, les phénomènes chimiques de la fatigue musculaire ont une influence plus ou moins considérable sur le développement de l'inflammation ; les produits de désassimilation du muscle, en irritant le contenu strié, amèneraient l'état fibreux et granuleux, l'altération des vaisseaux, la prolifération des noyaux du sarcolemme ; et, par l'évolution ultérieure du pro-

cessus, tel qu'on le constate dans les myosites symptomatiques des fièvres graves, on arriverait à expliquer ces myosites suppurées qui amènent la fonte d'un ou de plusieurs muscles.

Les altérations survenues dans le cours d'une maladie générale peuvent siéger dans toutes les régions ; cependant elles affectent de préférence certains muscles. D'après les recherches de Zenker, on rencontre d'abord les adducteurs des cuisses et les muscles voisins, puis les grands droits de l'abdomen et les pyramidaux ; viennent ensuite les pectoraux, les transverses de l'abdomen, l'oblique interne, le sous-scapulaire, le triceps brachial, les jumeaux, le carré crural et le vaste interne.

D'après Hayem, ces lésions se rencontrent également dans la variole et frappent tout aussi bien les muscles du squelette que le muscle cardiaque.

Ces altérations musculaires peuvent donner naissance à des hémorrhagies, des infiltrations purulentes, des abcès.

Les hémorrhagies peuvent se terminer de différentes manières ; le sang peut rester indéfiniment fluide, se coaguler ou subir la transformation moléculaire. Il peut aussi se résorber. Dans quelques circonstances, dit Hayem, qui ne sont pas encore bien connues, les foyers apoplectiques deviennent le siège d'une inflammation gangréneuse et forment des foyers dans lesquels on trouve une sanie purulente noirâtre d'une odeur infecte.

D'après Zenker et Hayem, la terminaison par suppuration est rare. Mais depuis les travaux de ces auteurs, diverses observations ont été publiées par Labuze, Chaparre et Jacops, qui dans leurs thèses s'attachent à démontrer la fréquence de la suppuration dans la myosite symptomatique de la fièvre typhoïde.

Comme affection pouvant causer la suppuration musculaire, il faut encore citer, pour mémoire, l'infection purulente, l'affection farcino-morveuse, la scrofule et la syphilis.

La gomme syphilitique peut en effet subir les transformations purulentes et donner lieu à un abcès intramusculaire circonscrit.

La myocardite, en dehors des fièvres graves et éruptives telles que la variole, peut encore survenir dans le cours du rhumatisme aigu grave; elle est consécutive alors à une endocardite ou à une péricardite. On la rencontre encore dans le typhus, la fièvre puerpérale (pyoémie).

Enfin elle peut être traumatique et succéder à une chute, à un coup violent reçu sur la poitrine, et aussi à l'action du refroidissement (myocardite *à frigore*), et à la suite de fatigues excessives (cœur surmené).

La myocardite se termine le plus souvent par résolution et la suppuration est beaucoup plus rare.

Glossite. — Cette affection a été reconnue et décrite dans ses principales variétés par les plus anciens auteurs, ainsi qu'en témoignent les écrits d'Hippocrate, de Galien, d'Aretée, d'Aetius, d'Avicenne, de Paré, de Schenk, de Sauvages, de Vogel, Van Swieten, Louis, de la Malle, Lassus, Franck, etc.

L'inflammation de la langue se voit quelquefois dans le cours de fièvres éruptives et de pyrexies graves, ou encore à la suite des blessures variées dont cet organe peut être atteint. Quelques auteurs ont décrit une glossite *à frigore* (Poilroux, Enright).

L'emploi de certains caustiques dans le traitement de quelques affections de la langue a été aussi la cause d'une glossite.

Une autre cause de glossite bien connue, c'est celle qui estdue à l'intoxication mercurielle.

La glossite peut se terminer par la formation d'un abcès ou par gangrène.

La formation d'un abcès est un accident rare, ordinairement consécutif à une glossite parenchymateuse.

La langue étant exclusivement un organe musculaire peu riche en tissu cellulaire, cette rareté s'explique facilement.

On trouve très peu d'exemples de cette maladie dans les auteurs. Maisonneuve, dans sa thèse, déclare n'en avoir jamais vu. Demarquay (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XX, p. 144) : « Il est à notre connaissance que Blandin ouvrit un de ces abcès qu'il prit d'abord pour un kyste. Un de nos élèves, Cousin, en ouvrit un chez un militaire où on l'avait également pris pour un kyste. »

Myosite primitive.

La myosite suppurée primitive, c'est-à-dire indépendante de toute autre lésion, est fort rare. Cependant il en existe quelques observations récentes, et c'est une variété qui mérite une étude spéciale.

Dionis des Carrières (Thèse Paris 1851) a voulu démontrer qu'il existe, en dehors des affections générales telles que la morve et l'infection purulente, une inflammation du corps charnu des muscles, c'est-à-dire du tissu cellulaire qui unit entre eux les faisceaux musculaires, que cette inflammation suit la marche propre à toutes les phlegmasies en affectant cependant quelques symptômes qui lui sont

propres et qu'elle peut exister ailleurs que dans le psoas. Il fournit plusieurs observations dont nous reproduisons quelques-unes.

Comme cause de ces myosites primitives ou spontanées on a invoqué l'action du froid, qui supprime brusquement la transpiration, les efforts et les fatigues répétés et exagérés qui mettent l'individu dans un état de surmènement. En vétérinaire, en effet, il n'est pas rare de rencontrer, chez les animaux surmenés, des myosites qui ont les fessiers comme siège de prédilection et dont les lésions anatomiques ont beaucoup de ressemblance avec celles qui frappent les muscles enflammés chez l'homme. Dans ces cas, c'est peut-être avec raison qu'il faut admettre que l'inflammation est consécutive à la rupture de quelques fibres musculaires. Dans d'autres circonstances, il faut admettre une altération préalable de la fibre musculaire, altération qui serait le résultat de troubles dans la nutrition du muscle. On pourrait supposer, comme l'a mentionné Rœseler, qu'il surviendrait, sous l'influence de l'extrême fatigue du muscle, une irritation amenée par la présence des produits de désassimilation, une sorte d'état asphyxique qui aboutirait aux dégénérescences granuleuse et cireuse.

Enfin, comme nous le verrons dans la suite, il existe une inflammation musculaire que l'on ne peut rattacher à aucune des causes que nous avons citées, c'est la véritable myosite primitive.

Observation I

Service de M. Ollier de Lyon.

Myosite suppurée du sterno-cleïdo-mastoïdien droit. — Récupération complète des mouvements.

Zoé B..., âgée de vingt-un ans, exerçant la profession de couturière, entre le 9 mai 1872, à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle Sainte-Marguerite, service de M. Ollier).

Les antécédents de la malade n'offrent aucune particularité; elle raconte cependant avoir eu, il y a quelques années, des douleurs dans les articulations des membres inférieurs. La santé était bonne lorsqu'elle s'aperçut, il y a quinze jours, d'un gonflement occupant la partie latérale droite du cou; en même temps, les mouvements de la tête étaient douloureux ainsi que la pression sur le trajet du sterno-mastoïdien droit. Au dire de la malade, le jour même où parurent les douleurs elle était restée pendant quelque temps exposée à la pluie et n'avait pas eu le soin de changer de vêtements. Elle affirme n'avoir fait aucun effort, aucun travail pénible; sa profession n'exige pas, du reste, de fortes contractions musculaires.

Depuis quelques jours, les douleurs sont devenues plus vives, le moindre mouvement les exaspère, la tuméfaction a de plus notablement augmenté.

Lorsque la malade entre à l'Hôtel-Dieu, le début des accidents remonte à quinze jours.

On constate, du côté droit du cou, une tuméfaction qui, bien que marquée surtout le long du sterno-mastoïdien, empiète un peu sur les régions parotidiennes et sus-hyoïdienne. Le gonflement ne paraît pas atteindre les parties profondes, c'est-à-dire, sous-jacentes au muscle sterno-mastoïdien qui est augmenté de

volume et douloureux au toucher, particulièrement en bas au niveau de l'insertion mastoïdienne, et donne à la région une forme spéciale qui frappe le regard; le muscle se dessine sous la peau et lorsqu'on cherche à l'isoler avec les doigts, on sent qu'il est contracturé, sans avoir toutefois cette dureté de la myosite que Velpeau compare à celle du bois.

La peau, soulevée, est d'un rouge mat, la pression provoque de vives douleurs. Quant aux mouvements du cou qui, primitivement, étaient très douloureux, ils ne le sont presque plus, et la malade peut même incliner la tête sur l'épaule droite, en tournant la tête du côté opposé, sans éprouver de souffrance.

Du 10 au 15 mai, l'état local de la malade ne présenta rien de particulier. Elle prit, le lendemain de son entrée, deux verres d'eau de Sedlitz; plusieurs fois par jour, on renouvela les cataplasmes sur la partie enflammée, recouverte d'onguent mercuriel belladoné. La malade eut de la fièvre et la température rectale varia pendant ces quelques jours entre 38° le matin, et 40° le soir.

Le 15 mai, la rougeur qui avait augmenté était plus marquée à la partie inférieure du muscle. M. Ollier perçut de la fluctuation. Les mouvements provoquaient beaucoup moins de douleur qu'une pression même légère. On continua des cataplasmes *loco dolenti*, et le 18 mai, M. Ollier, accédant à la demande de la malade qui voulait à tout prix éviter une cicatrice, fit une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy, au niveau de l'extrémité inférieure du muscle, à 0,02 centimètres au-dessus de la clavicule. Il retira un demi-verre de pus.

Les jours suivants, la malade presse elle-même avec la main pour faire sortir le pus par l'ouverture produite par le trocart.

A ce moment, 21 mai, le muscle paraissait dur, volumineux, son diamètre transversal était augmenté.

La température rectale, prise matin et soir, oscillait entre 38° et 38°,5.

Le 27, on notait que la tête inclinait de plus en plus du côté

malade, la face se tournant du côté opposé, et lorsque la malade quitta l'hôpital, à la date du 29, le sterno-mastoïdien droit était réduit de volume, il semblait plus petit que celui du côté opposé et formait une corde que l'on pouvait facilement isoler, précisément à cause de sa rétraction. Les mouvements étaient difficiles mais non douloureux; quant à la fistule, elle fournissait toujours un pus blanc jaunâtre.

Deux jours après son départ, la malade entrait de nouveau à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Marguerite) pour une arthrite rhumatismale de l'épaule. Elle resta un mois à l'hôpital; pendant les premiers jours, les douleurs articulaires furent très vives et firent craindre à M. Ollier la suppuration qu'on pouvait d'autant plus éviter, malgré la nature rhumatismale de l'affection, que quelques jours auparavant, le sterno-mastoïdien avait suppuré. C'est du reste la coïncidence de cette inflammation musculaire et articulaire qui démontre la nature de la première.

Dès le 2 juin 1872, le trajet fistuleux était cicatrisé; on remarquait que le sterno-mastoïdien malade, facilement isolable, avait subi une atrophie notable et se trouvait moins gros que le sterno-mastoïdien opposé; mais quand le 27, la malade quitta l'hôpital, on ne trouvait, pour ainsi dire, plus de trace de la lésion musculaire, à part la cicatrice du trajet fistuleux.

Le muscle avait repris sa souplesse et sa grosseur; la malade portait la tête parfaitement droite et pouvait la porter soit d'un côté soit de l'autre avec la même facilité.

Nous avons depuis revu cette malade; les deux sterno-mastoïdiens ne présentent aucune différence, et tous les mouvements s'exécutent sans aucune gêne. (*Gazette des Hôpitaux* 1873, p. 418.)

Observation II

(Dionis des Carrières. Thèse Paris 1851.)

Gonflement avec induration, puis suppuration des muscles pectoraux. — Guérison.

(Résumée.)

Le 13 mars, trois étudiants en médecine se promenèrent au Luxembourg pendant une heure au soleil ardent, puis passèrent subitement à l'ombre; le soir même, tous trois se trouvèrent plus ou moins malades; le premier eut une angine avec fièvre qui se dissipa du quatrième au cinquième jour; le second, de l'embarras gastrique, de la crurbature, qui disparurent très vite. Mais L... ressentit une céphalalgie violente, éprouva de l'insomnie, de la fièvre, et le lendemain il lui fut impossible de se lever.

Le 14, augmentation des accidents. Saignée.

Le 15, frisson, gonflement de l'aisselle.

Du 17 au 24, le bras ne peut être levé ni porté dans l'abduction. Application de vingt-quatre sangsues.

Le 25, même état.

Le 27, inflammation des piqûres des sangsues. Onction mercurielle.

Le 6 avril, déformation générale de toute la région antérieure de l'aisselle. Le grand pectoral est induré en entier, comme ligneux.

Du 6 au 25, peu de changement, fièvre, amaigrissement.

Le 25, vésicatoire.

Le 1er mai, fluctuation vers les attaches sternales du grand pectoral. Incision, écoulement de deux cuillérées environ d'un pus crémeux, assez bien lié.

Le 7, ouverture d'un pareil abcès à la paroi antérieure de la poitrine, au niveau du bord inférieur du grand pectoral.

Le 9, nouveau foyer fluctuant, ouvert au niveau de la clavicule, près des insertions du trapèze.

Le 13, le malade, très faible, mais en voie de guérison, part pour la campagne.

Ces deux observations de myosite suppurée appartiennent aux inflammations *à frigore*.

La multiplicité des abcès, les qualités du pus crémeux, assez bien lié, le gonflement inflammatoire des ligaments de l'aisselle et de l'épaule, montrent que le tissu conjonctif périmusculaire seul a suppuré; les fibres musculaires, atteintes seulement à la superficie, l'ont été cependant suffisamment pour offrir les caractères de la myosite : l'augmentation de volume, la dureté. D'après l'expression de Ollier, on pourrait considérer ces deux cas comme des exemples de périmyosite suppurée.

Observation III

(*Bulletin Soc. anatom.*, novembre 1869, Foucault.)

Myosite suppurée suraiguë. — Myosite interstitielle.

(Résumée.)

Un homme, parqueteur, âgé de vingt-quatre ans, semblant jouir d'une santé assez bonne, est pris, sans cause connue, d'une douleur dans l'épaule et le bras gauches; les deux jours suivants, sueurs et vomissements. A son entrée à l'hôpital, quatrième jour, l'ensemble symptomatique porte un tel caractère de gravité que, vu la douleur locale modérée, un des médecins les plus autorisés des hôpitaux porte le diagnostie de rhumatisme cérébral. Le

cinquième jour seulement devient manifeste une tuméfaction dont tous les caractères établissent l'existence d'un phlegmon profond du bras, et le malade succombe le soir du cinquième jour.

Examen microscopique par Hayem. A l'autopsie, sauf quelques lésions purement secondaires, on ne trouve qu'un phlegmon musculaire. Il est très nettement circonscrit au muscle triceps brachial, mais s'étend à sa totalité. Déjà, à l'œil nu, on voit chaque faisceau musculaire décoloré, isolé par une double traînée purulente; et si, ayant fait une coupe perpendiculaire aux fibres, ou exprime la masse charnue, le pus vient sourdre à la surface et s'écoule assez abondamment. En dilacérant un peu les divers plans musculaires, on voit qu'ils sont plus ou moins écartés par une infiltration diffuse du tissu cellulo-adipeux; les petites cloisons qui séparent les faisceaux secondaires sont elles-mêmes, en beaucoup de points, imbibées de liquide purulent; mais on ne trouve nulle part aucun foyer nettement circonscrit.

Au microscope, on trouve une quantité énorme de globules de pus infiltrés entre les faisceaux et les fibres elles-mêmes. Celles-ci sont d'une friabilité extrême et présentent, tantôt une dégénérescence granuleuse plus ou moins accentuée, tantôt une dégénérescence vitreuse avec fragmentation et irrégularité très grande des amas vitreux. Un nombre considérable de fibres conservent cependant leur aspect normal et n'offrent que de légères irrégularités dans leur striation. Les noyaux musculaires n'offrent aucune altération, et ce caractère négatif indique sûrement qu'il s'agit d'une myosite interstitielle primitive et non d'une myosite parenchymateuse qui, à un certain temps de son évolution,

se serait compliquée d'une infiltration purulente du tissu cellulaire (perimysium externum).

Cependant je ferai remarquer, ajoute Hayem, que, dans cette inflammation purement suppurative, les modifications du contenu strié sont absolument les mêmes que dans les fièvres symptomatiques.

Ce phlegmon du triceps brachial semble s'être développé sans cause appréciable ; l'observation ne signale ni refroidissement, ni travail musculaire excessif ; cependant le métier du malade (raboteur) peut faire supposer ce dernier point de départ de l'affection. On admet généralement la bénignité de la myosite et sa terminaison favorable dans les faits rares où elle a amené la suppuration ; dans les cas ordinaires, celle-ci est peu abondante, et le seul danger à redouter est la durée plus longue de la maladie. Aussi, dans l'observation précédente, est-on frappé de la marche extrêmement rapide de cette myosite et des symptômes alarmants qui l'ont accompagnée.

M. Hayem attire l'attention sur l'intensité des phénomènes généraux, bien remarquables dans une maladie locale, la quantité d'albumine et l'abondance des sels uriques contenus dans l'urine d'un homme en proie à une désorganisation rapide du tissu musculaire. Quand on cherche, dit-il, quel peut être le caractère anatomique le plus en rapport avec la marche rapidement fatale d'une telle lésion, on est conduit à comparer cette suppuration diffuse d'une masse musculaire aussi considérable que le triceps brachial au phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-cutané. On sait, en effet, que cette dernière maladie s'accompagne, dans certains cas, de phénomènes extrêmement graves qui ne paraissent pas toujours en rapport avec l'état local, et se termine par la mort,

d'une manière très analogue aux circonstances relatées dans le fait de M. Foucault.

Ce serait donc à l'histoire du phlegmon diffus profond et à la forme la plus maligne que se rattacherait cette observation si intéressante de myosite.

On peut rapprocher de ces accidents ceux qui accompagnent certains abcès sous-périostés, accidents que Chassaignac a désignés sous le nom de typhus des membres; et ne pourrait-on pas, dans l'un et l'autre cas, attribuer la gravité de tous ces symptômes à l'envahissement de l'économie par un agent infectieux, un micro-organisme encore indéterminé?

Observation IV (1)

Myosite parenchymateuse.

Le 19 février 1832, l'homme qui fait le sujet de l'observation se mit à la poursuite d'un de ses débiteurs, qui avait furtivement changé de domicile; il courut toute la journée, d'un village à l'autre, jusqu'au voisinage de Fontainebleau. Le soir, il rentra chez lui excédé de fatigue, après avoir fait plus de vingt lieues. Ce soir même, frisson suivi de chaleur et de fièvre, céphalalgie, sentiment de courbature générale, enfin douleur vive dans la région inguinale droite et dans la lombaire correspondante. Le lendemain et les jours suivants ces symptômes s'aggravent, malgré une saignée qui est pratiquée; enfin le malade entre le quatrième jour dans l'état suivant : membre inférieur droit légèrement fléchi et dans la rotation en dehors, position qu'on ne peut changer sans produire de vives douleurs, qui vont retentir

(1) *Arch. gén. de Méd.*, 1832, série I, t. XXX, p. 156. — Mémoire sur l'odeur fétide et stercorale que présentent certains abcès développés dans les parois abdominales. (Dance.)

dans l'aine et le côté droit; tuméfaction évidente dans l'une et l'autre de ces deux régions ; à l'aine, cette tuméfaction s'étend jusqu'à trois pouces au-dessous de l'arcade crurale et dans une direction oblique de haut en bas, de dehors en dedans (il n'y a point de hernie.) A l'abdomen, la même tuméfaction occupe toute la région lombaire, à partir du rebord des fausses côtes jusqu'à la crête iliaque, et du voisinage des vertèbres lombaires jusqu'au bord externe du muscle droit; de là, elle descend obliquement sur la fosse iliaque correspondante en faisant suite à la tuméfaction de l'aine. Les symptômes généraux annoncent une grande prostration; décubitus dorsal, expression d'accablement et comme de sidération dans les traits de la face, fréquence et petitesse du pouls, chaleur de la peau avec légère teinte ictérique de cette membrane, ne s'étendant pas néanmoins aux conjonctives.

Cinquième, sixième et septième jour, aggravation des phénomènes généraux, fluctuation dans la région lombaire. Incision (septième jour) à un pouce de profondeur dans la région lombaire; point de pus. Le même jour, avant l'incision, on sentait en divers points de la tumeur, notamment à l'aine, une crépitation annonçant le développement de quelques gaz dans son intérieur. Le huitième jour, écoulement d'une matière fluide rougeâtre, blanchâtre, d'une odeur fétide, rappelant entièrement des matières fécales. D'ailleurs, le malade est morne, comme sidéré; son teint est jaune, sa parole faible, son pouls petit et sans résistance.

Mort le douzième jour, seizième depuis l'invasion de la maladie.

Autopsie. — Cadavre frais, muscles frais et d'un beau rouge... Organes internes sains. Muscles carré lombaire, psoas et iliaque, dépossédés de leur membrane celluleuse et aponévrotique et transformés en une bouillie noirâtre analogue à celle dans laquelle se réduit quelquefois la rate. Ce n'était pas, en effet, de véritable pus que le foyer renfermait, mais bien une sanie roussâtre qui semblait plutôt être le résultat du détritus des muscles que d'une sécrétion purulente.

C'est bien ici un cas d'inflammation parenchymateuse, de désorganisation complète et rapide de l'élément musculaire. L'incision ne donne pas issue à du véritable pus, mais à une sorte de détritus de la fibre musculaire qui s'écoulait sous forme d'un liquide semblable à la lavure de chair (Dance), et aussi appelé rouge brique; c'est le véritable pus musculaire.

Dans cette observation il est probable qu'il y a eu primitivement rupture de quelques fibres musculaires qui sont devenues le siège d'une inflammation abondante, et le mauvais état général du malade ayant favorisé la résorption de produits septiques, des phénomènes généraux graves sont venus s'ajouter aux phénomènes locaux.

Observation V

(Dionis des Car.)

Induration inflammatoire des muscles du pli du bras gauche. Résolution.

Lecoq (André), âgé de vingt-trois ans, jardinier, né à Mousault (Seine-et-Oise), demeurant à Montmorency, entre à l'hôpital de la Charité le 11 mars 1850. Il est couché à la salle Sainte-Vierge, n° 49.

C'est un jeune homme robuste, d'une bonne constitution, bien musclé; il n'a jamais été malade, n'a jamais eu de douleurs rhumatismales ni le moindre accident vénérien ou syphilitique; il se plaint de douleur et de gêne dans les mouvements de l'avant-bras gauche.

Il y a trois semaines, à la suite d'un excès de travail, il ressentit un violent point de côté, avec difficulté et douleur pour

respirer; il fut contraint de garder le lit, et une pneumonie se déclara, qui fut énergiquement et heureusement combattue par les émissions sanguines.

En même temps survenait une assez vive douleur au niveau du pli du bras gauche, et les mouvements de flexion et d'extension, d'abord faciles, devinrent tout à fait impossibles. L'avant-bras resta demi-fléchi sur le bras. Vingt sangsues appliquées sur la partie malade ne produisent aucune amélioration.

Le 12 mars, à son entrée à l'hôpital, on constate l'état suivant : l'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras; le malade ne peut l'étendre de lui-même; quand on cherche à produire cette extension on ne peut l'écarter que de quelques degrés, et encore en provoquant de violentes douleurs.

Le pli du bras, dans sa portion antérieure et externe, est transformé en une masse dure, ligneuse, comme lardacée, difficile à ébranler, adhérente aux tendons et aux muscles, faisant corps avec ceux-ci. Les muscles long supinateur, petit radial externe, sont nettement dessinés, bien circonscrits; leur saillie normale est conservée et ils paraissent comme hypertrophiés; mêmes caractères pour les muscles biceps et biceps antérieur. A la partie interne, les parties molles présentent leur mollesse accoutumée; la peau est lisse à ce niveau, mais peu tendue et adhérente à la tumeur, elle est incolore.

L'état général est satisfaisant, le pouls n'offre rien de particulier; rien du côté du cœur à l'auscultation. Le malade, dans les fortes inspirations, accuse encore un peu de tiraillements du côté où il a sa pneumonie. Un peu d'appétit, pas de soif, pas d'insomnies. Onctions mercurielles deux fois par jour.

Le 13, lorsqu'on s'efforce d'étendre le bras, le tendon du biceps fait une saillie considérable à travers la peau et paraît comme rétracté; il s'oppose à l'extension d'une manière absolue; même saillie de la tumeur en dehors. Même traitement.

Le 16, les mouvements imprimés commencent à être un peu plus étendus; on provoque moins de douleur; l'avant-bras peut

être étendu sur le bras de façon à former un angle obtus de 115° environ. La masse dure qui se trouve à la région externe paraît un peu plus mobile par sa base. Onctions mercurielles.

Le 20, apparition de quelques symptômes de stomatite mercurielle; les gencives sont rouges et gonflées; les dents, douloureuses, paraissent comme ébranlées. On suspend les onctions mercurielles.

Le 25, la bouche est en meilleur état; la tumeur diminue beaucoup de volume, elle est de plus en plus mobile; l'extension de l'avant-bras est beaucoup plus facile, sans être complète cependant. On reprend les onctions mercurielles.

Le 30, le malade sort de l'hôpital; le pli du bras a repris son aspect normal; à sa région externe du scutum, noyau induré à peine sensible. Il s'en faut encore un peu pour que l'extension soit complète.

Le 16 avril, j'ai revu le malade, à qui j'avais écrit de venir me trouver à la consultation. Les mouvements étaient complètement rétablis. Il n'y avait plus ni raideur ni induration.

Observation VI

(Dionis des Carrières.)

Induration inflammatoire des muscles pectoraux. — Guérison.

Un homme de quarante ans, garçon de magasin, demeurant à Paris, rue des Lombards, entre à l'hôpital de la Charité le 5 décembre 1859, salle Sainte-Vierge, n° 53. — Il est bien constitué, de taille moyenne, n'a jamais été malade.

Il raconte que le 3 décembre, après avoir travaillé activement à décharger une voiture et sans qu'il se soit exposé à l'action du froid, il a été pris, vers le soir, de douleurs et de gêne dans les mouvements de l'épaule droite.

A son entrée à l'hôpital, l'épaule paraît plus rapprochée de la ligne médiane du corps; toute sa paroi antérieure, formée par le grand pectoral, est gonflée, indurée, comme cartilagineuse et constituée par une plaque dure, d'une très grande densité. La peau est incolore; les mouvements d'abduction, d'extension et de flexion sont très bornés, ceux d'adduction sont encore possibles. Onctions mercurielles.

Le 10 décembre, l'induration a augmenté, la saillie du grand pectoral est plus considérable, et sa densité paraît s'étendre en profondeur. Vésicatoire volant, onctions mercurielles.

Le 20. — Jusqu'à ce jour les onctions mercurielles ont été employées, deux fois par jour, sans modification sensible; aujourd'hui le gonflement et l'induration commencent à diminuer.

Le 26. — Les mouvements du bras deviennent de plus en plus libres; ils ne sont plus douloureux.

Le 5 janvier. — Le grand pectoral a repris sa densité et son élasticité normales.

Le malade sort guéri.

Observation VII

Communiquée par Gosselin. (D. des Car.)

Vers le mois de décembre 1846, un garçon boulanger, d'une trentaine d'années environ, bien portant du reste, après avoir péniblement travaillé toute la nuit, fut pris de lassitude et de fièvre.

Vingt-quatre heures après, il ressentit des douleurs violentes dans l'épaule au niveau du muscle deltoïde et il entra à l'hôpital des cliniques où on constata l'état suivant : induration considérable du muscle deltoïde dans toute son étendue, à peu près égale partout et comme ligneuse. Douleur spontanée et à la pression, mouvements difficiles et douloureux; gonflement médiocre; pas

de coloration de la peau; fièvre assez vive, soif et insomnies. On fait appliquer trente sangsues et des cataplasmes; le lendemain et le surlendemain, l'induration persiste et l'état général est à peu près le même.

Le quatrième jour les accidents généraux et locaux vont en diminuant sensiblement et le sixième jour le malade sort guéri.

Observation VIII

Velpeau, dans sa clinique du 3 avril 1850, parle d'une jeune fille qui, aprè avoir fait une longue course à pied, entra à l'hôpital de la Charité, dans son service, en se plaignant de douleurs violentes dans les muscles de la région postérieure de la jambe.

Cette région examinée ne présentait ni rougeur, ni gonflement sensibles; mais, au toucher, on constatait une induration très prononcée des jumeaux et du soléaire et exactement circonscrite.

Le repos et les onctions mercurielles répétées firent disparaître cette affection.

Dans les observations précédentes, nous voyons que la myosite est survenue à la suite d'un travail forcé. Un jardinier avait bêché toute la journée; un garçon de magasin avait déchargé une voiture; un boulanger avait pétri de la pâte toute la journée; enfin une jeune fille avait fait une longue course à pied.

La fatigue musculaire est donc une cause puissante de la phlegmasie. Toutefois il faut songer à la possibilité de la rupture de quelques fibres musculaires qui a été le point de départ de l'affection.

Observation IX

(D. des C.)

Hôpital de la Charité (salle Sainte-Vierge), n° 3. — Martin (Auguste), dix-sept ans, demeurant à la Chapelle (Oise). Entré à l'hôpital le 9 mars. Il est bien constitué, d'un tempérament sanguin, d'une santé habituellement bonne, n'a jamais été malade.

Il y a trois semaines, remuant de la paille avec une fourche, il ressentit tout à coup une douleur violente dans le creux de l'aisselle et la paroi antérieure du thorax. Pendant huit jours il lui fut impossible de travailler et il garda le lit. Les douleurs et l'insomnie persistant, le dixième jour après l'accident il fit appeler un médecin qui prescrivit l'application des sangsues et des cataplasmes; le lendemain, le surlendemain, le jour suivant encore, nouvelle application de sangsues, mais toujours en petite quantité, en sorte que sur ce jeune et vigoureux sujet, dix-huit sangsues seulement furent appliquées, quelques-unes mêmes ne prirent pas. Aussi les phénomènes inflammatoires continuèrent leur évolution, lentement, il est vrai, mais sans rémission; il entre alors à l'hôpital le 9 mars et nous le trouvons dans l'état suivant:

Le 10 mars, tuméfaction et déformation de la région axillaire ayant envahi une partie de l'épaule, de la paroi antérieure du thorax et réagi sur toute la section sous-jacente du membre thoracique qui est déformée par augmentation de volume.

Cette tuméfaction s'accompagne d'induration dans la région thoraco-axillaire, tandis que le membre est œdématié. Cette induration inégale, comme ligneuse, occupe toute la paroi antérieure du thorax; elle est sans élasticité; on croirait, en explorant cette région, saisir une plaque cartilagineuse très dense. Elle est géné-

rale, bien plus apparente en certains endroits, mais pas un seul point n'est ramolli.

Elle a pour limites: en avant, du côté de l'aisselle, les insertions sterno-claviculaires du grand pectoral; du côté du moignon de l'épaule, la rainure deltoïdienne; en bas et en dedans, elle descend sur tout le grand dentelé; par le haut, ses limites sont difficiles à déterminer. Cette induration est d'autant plus prononcée qu'elle avoisine davantage le creux axillaire.

Les mouvements du membre sont limités et très douloureux. La peau a conservé sa coloration naturelle et il n'y a pas la moindre rougeur; la douleur, presque nulle dans le repos et une bonne position, se réveille très vive à la moindre pression; son acuité croît comme l'induration. Le malade n'ose remuer l'épaule droite; il se couche de préférence sur l'épaule du côté sain, l'autre est un peu relevée en avant, le bras et l'avant-bras sont légèrement écartés du tronc.

Rien du côté de la cavité thoracique; la résonnance est bonne partout, en arrière comme en avant, des deux côtés, examinés isolément et comparativement. La respiration s'étend partout, point de toux, pas de crachats, pas de douleurs dans les grandes inspirations; un peu de fréquence du pouls; il est médiocrement développé; pas de chaleur à la peau, pas de frissons; inappétence; soif, mais peu intense; pas d'envies de vomir, sommeil interrompu, urines épaisses, rouges, peu abondantes. Frictions mercurielles, cataplasmes.

Le 12. — L'état est à peu près le même, la douleur locale est devenue plus vive.

Le 13. — Pas de sommeil, douleur pulsative, fièvre intense, frissons, soif vive; l'induration est moins marquée; fluctuation équivoque.

Le 14. — Incision au niveau du bord axillaire du grand pectoral, pus sanguinolent en quantité médiocre.

Le 15. — Le bras et l'avant-bras sont couverts d'une éruption eczémateuse, les intervalles sont remplis par des plaques de rou-

geur. Application de cataplasmes, frictions mercurielles sur la paroi antérieure du thorax; la région axillaire est plus souple, la suppuration abondante, le pus crémeux.

Le 18. — Gonflement des gencives; suspension des frictions mercurielles; moins de rougeur et de démangeaison du côté du bras et de l'avant-bras; la suppuration est peu abondante, le pus moins épais, les tissus ambiants moins indurés; il y a moins de douleur locale; altération des traits et de la nutrition en général; le malade est pâle et amaigri.

Le 19. — Le bras et l'avant-bras sont revenus à leur état normal; l'éruption a disparu en partie; le pus est séreux: quand on comprime le foyer au niveau de la rainure deltoïdienne, il est plus épais et en plus grande quantité.

Le 5 avril. — Pus séreux en petite quantité; la pression le long du bord deltoïdien ne fait plus rien sortir; les mouvements de l'articulation scapulo-humérale reprennent peu à peu leur liberté.

Le 8. — Plus de suppuration, dès hier elle était à peine appréciable; la nutrition en général s'améliore; le teint se colore, l'appétit est prononcé.

Le 17. — Exeat. Les parties molles qui ont été le siège de la phlegmasie sont aussi souples que de l'autre côté.

Ici il y a eu rupture musculaire; la douleur violente et subite que ressentit le malade en travaillant, puis l'impossibilité de continuer ses occupations, ne doivent être attribuées qu'à cet accident.

Le pus provenant du point fluctuant, tendu, rouge, douloureux, de la paroi antérieure de l'aisselle, est formé par le tissu cellulaire sous-cutané. Cependant le sang épaissi sorti à l'incision pourrait faire supposer qu'à la suite de la rupture musculaire il s'est produit un épanchement sanguin qui a dégénéré en hématome enflammé.

Nous voyons dans les observations précédentes que les muscles atteints sont les muscles travailleurs par excellence de l'économie. Sur neuf cas de Dionis des Carrières, les pectoraux étaient pris trois fois, les épitrochléens deux fois, le deltoïde une fois, les jumeaux et soléaire trois fois. Sur treize cas, Fischer a noté quatre fois l'inflammation des muscles de la région postérieure de la jambe; quatre fois celle des muscles adducteurs du bras qui forment la paroi antérieure de l'aisselle; deux fois celle des muscles de la région externe de l'avant-bras; une fois celle du deltoïde; une fois celle du biceps brachial; une fois celle des muscles de la région externe de la jambe.

Certains muscles de l'économie offriraient donc une prédisposition spéciale à la phlegmasie; certains autres au contraire sembleraient réfractaires à l'inflammation; les muscles de la région sacro-lombaire sont de ce nombre, car outre les muscles désignés dans les observations, on a constaté que le diaphragme, l'utérus pouvaient encore s'enflammer; mais on n'a jamais noté que dans le lumbago les muscles atteints présentassent les caractères de la myosite, et se fussent jamais terminés par suppuration.

Dans les hôpitaux de la marine et à bord des bâtiments, nous avons été à même d'observer de nombreux cas de lumbago survenu à la suite d'efforts violents pour soulever des fardeaux et certainement dus à la rupture de quelques fibres des muscles sacro-lombaires, et nous n'avons pas encore rencontré les signes caractéristiques de la myosite, c'est-à-dire l'induration ligneuse, et la suppuration a toujours fait défaut.

En dehors de tous ces faits, il existe encore une inflammation du tissu musculaire dont l'étiologie est toute différente de celle des myosites dont nous venons de parler, et

dont la véritable cause est encore entourée d'une certaine obscurité. Cette phlegmasie n'est due en effet ni à des exercices violents et prolongés, ni à des ruptures, ni à un hématome suppuré ; elle ne peut pas davantage être rangée parmi les affections *à frigore*, et il faut chercher ailleurs sa véritable origine.

En voici des exemples rapportés par Scriba, de Tokio. (Dent. *Zeitschrift für Chirurg.* 1885, p. 495.)

Observation X

Takenaka (Hachitaco), étudiant en médecine, âgé de dix-neuf ans, eut, le 27 janvier 1884, un petit furoncle fort douloureux à la région de la nuque. Le 28 janvier, il se le laissa ouvrir. Au cours de la cicatrisation de la plaie, il n'y a rien eu de bien particulier, et, quatre jours après l'incision du furoncle, tout était en bonne voie. Après l'expulsion du bourbillon, le malade ressentit tout à coup, dans la nuit du 31 janvier au 1er février, de vives douleurs dans le coude gauche et dans la cuisse droite, et, deux ou trois jours après, dans la cuisse gauche ; ces accidents étaient accompagnés d'un léger mouvement fébrile. T. 38°,5.

L'extension du bras était très douloureuse, et le malade accusait une induration au niveau du brachial antérieur. Le gonflement a encore augmenté dans les deux jours suivants : le bras prit la position de demi-flexion telle qu'on la rencontre dans les ankyloses angulaires, en même temps les douleurs étaient tellement intenses, que le patient ne pouvait dormir. Six jours après, le malade vint me voir.

Le bras était fléchi à angle droit sur l'avant-bras, la peau du coude légèrement œdématiée et rouge par suite de nombreux badigeonnages avec la teinture d'iode ; les mouvements de prona-

tion et de supination étaient libres. Le brachial antérieur avait conservé sa forme; mais il était trois ou quatre fois plus épais: on pouvait facilement le suivre, vu que les tissus voisins ne présentaient aucune trace d'infiltration; depuis son origine jusqu'à son insertion, il présentait cette induration; on aurait dit un moulage de plâtre à la place du muscle normal.

Tout attouchement du muscle, de même que tout essai pour imprimer des mouvements, provoquaient les plus vives douleurs. Les tissus ambiants étaient mous et complètement indolores.

Dans le vaste externe gauche, on trouvait aussi un épaississement très douloureux. Celui-ci semblait correspondre à un faisceau musculaire assez considérable et tranchait d'une façon très nette sur les parties voisines qui avaient une consistance normale et étaient tout à fait indolores.

Le vaste externe droit était aussi le siège d'un épaississement douloureux, mais ses contours étaient bien moins nets, probablement à cause du *fascia lata*.

Tous ces faits prouvaient, d'une façon très nette, l'existence d'une inflammation aiguë du muscle, et c'était surtout sur le muscle brachial antérieur qu'il était facile de constater cette différence de consistance au niveau de la partie musculaire et tendineuse de ce muscle; celle-ci présentant un état de mollesse et de souplesse bien plus grandes.

J'ordonnai au malade des frictions avec de l'onguent et l'application de compresse phéniquées.

Je revis le malade le 20 février. La tuméfaction au niveau des muscles était encore considérable, de même que la contracture, mais la douleur avait disparu; cette absence de douleur m'a permis de m'assurer de nouveau que le siège véritable de l'affection était au niveau du muscle.

Petit à petit, la tuméfaction et la contracture avaient disparu, et les fonctions du muscle atteint étaient rétablies. Le patient qui amait à danser a pu reprendre ce genre de distraction, sans trop ressentir de fatigue.

Observation XI

Kashiba (Ginjiro), camionneur, âgé de trente-trois ans, eut un petit furoncle, le 8 janvier 1884, à la partie externe du genou gauche. Il s'ouvrit spontanément le 15 janvier, et le 16, le malade vit apparaître, avec une légère douleur, une tuméfaction à la face interne de la cuisse droite et sur le grand pectoral droit. Ces phénomènes étaient accompagnés d'une légère fièvre et de frissons. Dix jours plus tard, le malade eut une fièvre intense, et c'est dans cet état qu'il entra, le 15 février, à l'hôpital.

En l'examinant, on trouva que le grand pectoral présentait une dureté presque osseuse dans la partie moyenne, il était quatre ou cinq fois plus épais qu'à l'état normal, mais il conservait néanmoins sa forme; la peau était normale au-dessus de la partie tuméfiée, légèrement mobile; le muscle lui-même, lorsqu'on le mettait à l'état de relâchement, pouvait être déplacé dans sa totalité. Tout attouchement, les mouvements actifs et passifs étaient extrêmement douloureux. Au niveau du grand adducteur de la cuisse, on trouvait une tuméfaction assez considérable très dure, qui tranchait d'une façon très nette sur les parties voisines.

Les températures du soir oscillaient entre 39° et 40°, celles du matin de 37°,6 à 38°,6.

Le traitement prescrit était des frictions avec de l'onguent et application de compresses phéniquées.

Comme la tuméfaction augmentait au niveau du pectoral, et qu'il s'y montra de la fluctuation, il fut procédé à l'incision de cet abcès le 21 février. Il en sortit une certaine quantité de pus et un petit lambeau de muscle qui entourait l'abcès et qui présentait un aspect beaucoup plus pâle que le muscle sain.

Comme la fièvre ne tombait pas malgré l'incision de l'abcès,

j'ouvris quelques jours après l'abcès situé au niveau de l'adducteur ; malgré toute absence de fluctuation, il s'en est écoulé une très grande quantité de pus.

Après cela, tout marche d'une façon absolument normale. A sa sortie, le 28 mars, le malade se servait très bien du bras, mais il ressentait une légère gêne dans les mouvements d'abduction de la cuisse.

Observation XII

Ono So, âgé de dix-sept ans, marchand, souffrait vers le milieu du mois de décembre 1884 d'un mal de dents qui se termina au bout de quatre jours par un petit abcès qui s'ouvrit dans la bouche.

Après deux jours de diarrhée, le malade fut tout à coup pris de fièvre, en même temps qu'il sentit se former une tuméfaction douloureuse dans le mollet droit, ensuite dans la cuisse gauche et dans le bras gauche.

Les frictions avec de l'onguent et l'application de compresses phéniquées firent disparaître, au bout de quelques jours, la douleur dans le bras et la cuisse; mais comme la tuméfaction au niveau du mollet semblait augmenter, le malade se décida à entrer à l'hôpital le 4 janvier 1885.

A l'examen de la région malade, on trouve, dans l'épaisseur du soléaire, une tumeur dure qui semble moulée sur le muscle, mais qui est bien plus considérable, très nette dans ses contours; les attouchements et les mouvements déterminent une vive douleur; néanmoins on peut déplacer le muscle en totalité. La température du soir est de 40°, celle du matin de 38°,6.

Le 8 janvier, on incise la tumeur; il s'en écoule une grande quantité de pus. L'examen détaillé de la poche montrait que la

partie inférieure de cet abcès se comportait vis-à-vis du tendon d'Achille comme un entonnoir envers son tube.

Le 29 janvier, le malade était guéri; il sortit avec une légère raideur dans la jambe, qui ne le gênait que fort peu pour marcher.

Observation XIII

G. Shiraishi, marchand, âgé de dix-sept ans, eut, vers le milieu du mois d'août 1884, un petit furoncle très douloureux à la région postérieure de l'avant-bras gauche, et, tandis qu'il était tout à fait en voie de guérison, le malade vit survenir une infiltration douloureuse à la partie interne de la cuisse gauche. Cette infiltration s'étendit petit à petit et surtout dans le sens de la longueur.

Etat présent du 25 septembre 1884. — Homme bien constitué; sur la partie malade, on trouve une tuméfaction très dure et douloureuse qui semble absolument indépendante de la peau et de l'os et qui dessine d'une façon très exacte les contours du grand adducteur; celui-ci semble aussi quatre fois plus gros qu'à l'ordinaire; la tuméfaction se continue d'une façon nette, par en haut, avec le tendon.

Tout mouvement et attouchement provoquent une réaction violente de la part du malade. Les parties qui entourent la région malade ont leur consistance normale et sont complètement indolores. Température du soir, 37°,6 à 38°,5; celle du matin, normale. Le malade peut marcher avec l'aide d'un bâton, quoique ayant la cuisse un peu fléchie et dans l'abduction.

Traitement. — Repos, compresses phéniquées et frictions avec l'onguent.

Trois semaines plus tard, le malade sortit, la tuméfaction et les douleurs ayant complètement disparu.

Scriba consigne encore, à titre de simple mention, un cas

où l'abcès musculaire s'était vidé à travers la gaîne et avait déterminé une inflammation dans la jambe; le malade s'était présenté à la visite lorsqu'il s'agissait déjà d'un véritable phlegmon de la jambe.

Dans ces cas de myosite multiple, l'auteur pense qu'il s'agit bien d'une inflammation primitive du tissu musculaire et non du périmysium, en se basant sur la marche de la maladie et en faisant remarquer que les tissus ambiants sont indemnes, non enflammés, et que les abcès formés à la suite de la myosite aiguë sont renfermés dans la gaîne musculaire.

L'examen microscopique que fit Scriba d'un muscle malade chez le patient de l'observation XI lui révéla les altérations suivantes : Sur les préparations obtenues par la dissociation des fibres musculaires, celles-ci paraissaient un peu pâles; n'ayant jamais rencontré à l'ouverture des abcès cette coloration rouge ou gris verdâtre dont parlent certains auteurs, il pense que cette coloration doit être attribuée à des phénomènes cadavériques.

La partie du muscle qui n'était séparée du foyer purulent que par une membrane très mince ne présentait plus aucune striation transversale; le sarcolemme était deux ou trois fois plus épais qu'à l'état normal; il était, en même temps, très tendu, et on y rencontrait par places de grosses cellules brillantes. Le périmysium était infiltré de quelques cellules rondes; tout cela prouvait en faveur d'une inflammation séreuse ou séro-purulente, telle que Weber et Waldeyer l'avaient déjà décrite pour les muscles atteints d'inflammation par suite de lésions traumatiques. Le tissu conjonctif interfibrillaire était très altéré.

Sur des préparations durcies dans de l'alcool, il était très

difficile de distinguer le périmysium de la substance musculaire, que l'on ne pouvait distinguer qu'après l'avoir coloré avec l'hematoxylum.

Par places, on trouvait des cellules sur les fibrilles primitives. Aux endroits rapprochés de l'abcès, on ne trouvait plus que des cellules rondes.

« L'étude approfondie du muscle, dit Scriba, ainsi que du pus, ne m'a révélé l'existence d'aucun microcoque ni d'aucune bactérie spécifique.

« ... Je penchais d'autant plus en faveur d'une cause spécifique qu'au même moment j'ai eu à traiter de 20 à 25 cas de périostite infectieuse et d'ostéomyélite des gros os, en même temps que dans les autres hôpitaux de Tokio il y avait aussi un certain nombre de cas du même genre; mais ceux-ci différaient des miens, non seulement par la marche, mais encore par l'étiologie. »

Dans aucun de ces cas, on n'a pu établir une cause telle qu'un furoncle, un abcès ou une inflammation quelconque. En outre, s'il y a eu myosites, elles étaient toujours secondaires dans ce cas. Dans un cas de périostite infectieuse du tibia avec phlegmon consécutif de la jambe, j'ai vu s'éliminer une grande partie du triceps sural. L'examen microscopique de ce dernier montra que le périmysium était rempli de nombreuses cellules rondes, tandis que les grandes cellules dont nous avons parlé plus haut, à propos de l'examen microscopique du muscle atteint de myosite, manquent. Le sarcolemme était rempli d'un détritus graisseux; la striation transversale était encore visible à certains endroits.

Tous ces faits semblent prouver que la myosite dont il s'agit ici a une étiologie toute différente de la périostite infectieuse et de l'ostéomyélite.

Si nous résumons les faits principaux tirés de nos obser-

vations, nous voyons que dans tous les cas, pendant la cicatrisation d'une affection quelconque de la peau ou de la muqueuse, des inflammations multiples sont survenues dans les muscles striés, qui traitées à temps, ont guéri sans amener de troubles dans le fonctionnement des organes, ou, si elles se sont terminées par la suppuration, n'ont pas empêché la régénération complète du muscle.

Qu'il existe un certain rapport entre l'affection cutanée ou de la surface muqueuse, et la myosite, cela me paraît hors de toute contestation ; quant à savoir quel est l'agent qui sert de trait d'union entre les deux phénomènes, on peut le discuter.

S'agit-il d'une bactérie spécifique ou de processus de nature embolique? Contre cette dernière hypothèse semblent parler la part peu active que prennent les vaisseaux à l'inflammation et la localisation presque exclusive de celle-ci sur le tissu musculaire, quoiqu'on puisse admettre, par analogie avec la théorie des métastases de Thiersch, que des embolies capillaires, qui sont inoffensives pour des tissus sains, puissent occasionner des désordres dans des tissus malades. Mais il est toujours plus probable qu'il s'agit dans ces cas d'une invasion de micro-organismes.

Quoi qu'il en soit de la nature de l'affection, les observations citées plus haut prouvent qu'il existe une inflammation musculaire, qui apparaît de la même façon que l'ostéomyélite, mais qui, au point de vue étiologique, en diffère d'une façon nette.

C'est à cette affection que Scriba propose de donner le nom de « myosite infectieuse ».

A ces quatre observations, nous ajoutons un autre cas que nous avons observé personnellement et qui offre une grande ressemblance avec les précédents au point de vue du début, de la marche et de la terminaison de l'affection.

Observation XIV

(Personnelle.)

M. N... rentre en France en mars 1886 après un embarquement de dix-huit mois sur un transport-hôpital qui effectua plusieurs voyages en Extrême-Orient.

A part quelques légers accès fébriles, la santé a toujours été bonne et il n'a jamais eu d'accidents d'aucune sorte, ni diarrhée, ni hépatite, etc. Il est seulement très anémié et très affaibli.

Dans le courant de février de la même année, M. N... eut deux petits furoncles dans le creux de l'aisselle qui s'ouvrirent d'eux-mêmes au bout de quelques jours et qui se guérirent dans l'espace de dix jours environ.

Le 18 mars, M. N... ressentit, le matin, en se levant, une légère douleur dans les muscles du mollet de la jambe gauche, douleur à laquelle il n'attacha aucune importance, pensant qu'elle ne serait que passagère, et il fit son service comme de coutume. Mais dans la journée, cette douleur persista et devint même assez vive pour nécessiter le repos au lit.

L'examen de la région malade n'offre rien de particulier : pas de rougeur, pas de gonflement; on constate cependant un peu d'induration le long du bord interne du soléaire dans une étendue de quatre centimètres environ.

Onction avec pommade mercurielle belladonée et cataplasmes.

Le 20 mars. — La douleur persiste; le malade n'a pas dormi dans la nuit du 19 au 20 malgré une potion avec 30 grammes de sirop de morphine. Les mouvements spontanés ou communiqués sont excessivement douloureux, l'extension complète du membre est impossible de même que l'extension ou la flexion du pied sur la jambe, qui détermine des douleurs lancinantes dans les mus-

cles du mollet. Pas de réaction fébrile. Application de neuf sangsues et cataplasmes de graine de lin.

Le 21 et jours suivants, même état. — L'émission sanguine locale, les onctions avec la pommade mercurielle belladonée et les cataplasmes n'apportent aucun soulagement ; la douleur devient de plus en plus vive et l'induration persiste.

M. N... diagnostique alors une myosite des muscles du mollet et se fait transporter à l'hôpital maritime le 2 avril.

Là on constate l'état suivant : le mollet gauche est un peu augmenté de volume ; la peau a conservé sa couleur normale, mais elle est plus tendue et moins souple ; la plus légère pression réveille la douleur qui devient alors paroxystique. Les mouvements spontanés et communiqués sont encore impossibles ; la position la moins douloureuse est celle dans laquelle les muscles ne sont pas contractés, c'est-à-dire la demi-flexion de la jambe sur la cuisse et la rotation en dehors du membre inférieur. Un peu d'œdème au milieu de la face interne du tibia. La pommade mercurielle belladonée ayant déterminé de l'érythème, on applique simplement un cataplasme laudanisé.

Le 3 avril. — Nuit sans sommeil. M. N... a pris sa température hier soir à huit heures; le thermomètre est monté à 38°,8.

La jambe est dans le même état, la douleur est toujours très grande et l'induration dn soléaire s'est étendue. Pas de fluctuation.

Cataplasmes et onctions de pommade belladonée. Sulfate de quinine, 0 gr.,50; sirop de morphine, 30 gr. pour la nuit.

4 avril. — Le malade a passé une meilleure nuit. La douleur et la tension ont diminué dans la jambe. Température du matin, 37°,3. Même traitement.

5 avril. — La douleur devient diffuse dans le mollet et remonte dans le creux poplité. Même traitement.

9 avril. — Hier soir, de huit heures à minuit, violent accès de fièvre, 39°,3. M. N... a pris 0,90 centigrammes de sulfate de quinine en deux doses.

La douleur de la jambe a été moins forte. On constate de la

rougeur, de la chaleur et un léger œdème sans fluctuation bien manifeste au milieu de la face interne du tibia.

12 avril. — Ponction avec la lancette à l'endroit où la fluctuation paraît le plus nette, c'est-à-dire à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du bord interne du tibia. Issue d'une assez grande quantité de sang de couleur rouge-brique, contenant quelques caillots noirâtres. Il ne s'écoule pas de pus bien lié, caractéristique du phlegmon du tibia cellulaire.

Pansement occlusif avec baudruche et collodion, et la jambe enveloppée d'une épaisse couche de ouate.

Induration du jumeau interne.

Du 12 au 14, la température du matin oscille entre 37° et 37°,9.

Le pansement reste le même.

16 avril. — M. N... ayant éprouvé dans la journée et la nuit d'hier une douleur vive et lancinante dans le mollet, on défait le pansement. Il s'écoule encore du sang mêlé à une très petite quantité de pus. L'incision est agrandie à l'aide du bistouri et de la sonde cannelée, et elle donne issue à une quantité notable de sang ocreux contenant des petits caillots noirâtres. Pansement phéniqué et ouate.

A partir de ce moment, la douleur alla constamment en diminuant, les mouvements revinrent peu à peu ; toutefois l'extension complète de la jambe était encore un peu douloureuse, probablement à cause de la rétraction et de la soudure de quelques fibrilles musculaires.

Le 1er mai, M. N... peut se lever et faire quelques pas à l'aide de béquilles. On perçoit encore au niveau du bord interne du soléaire une légère induration, mais beaucoup moins étendue qu'au début. La plaie se cicatrise et ne laisse écouler qu'une petite quantité de sérosité sanguinolente. Le mieux s'accentue de jour en jour et le malade sort au mois de juin de l'hôpital et abandonne ses béquilles au bout de quelques jours, le membre inférieur gauche pouvant effectuer les mouvements normaux.

Comme complication de cette inflammation musculaire,

nous mentionnerons quelques troubles gastriques tels que inappétence et dyspepsie, de l'insomnie, qui accompagnent presque toujours la plupart des phlegmasies.

L'aspect rougeâtre de la matière à laquelle donne issue l'incision et qui rappelle la boue splénique, indique qu'il y a eu désorganisation de la fibre musculaire et que c'est bien une myosite parenchymateuse dont il s'agit ici.

Dans l'observation précédente, nous voyons les conditions toutes particulières dans lesquelles se trouvait M. N... En effet, il fit d'abord, en 1885, un premier séjour de dix mois en Extrême-Orient : à Formose, aux Pescadores et dans la baie d'Along, vivant dans un milieu délétère, ayant à soigner un grand nombre de malades atteints de choléra et de dysenterie, et partant se trouvant dans les plus mauvaises conditions hygiéniques. De plus, il eut un surcroît de fatigue par l'abondance des malades auxquels il donnait ses soins et revint en France, en septembre 1885, avec une anémie assez marquée et un état général suffisamment ébranlé. Néanmoins, il repartit, en décembre de la même année, en Cochinchine et fut encore soumis, pendant plusieurs mois, à de nouvelles fatigues et à de nouvelles influences débilitantes, ayant à soigner à bord plus de 300 malades et convalescents de diarrhées, de dysenterie et de choléra. Ce fut pendant le retour de ce deuxième voyage qu'il fut atteint de la phlegmasie des muscles du mollet gauche. N'ayant pas fait de marches forcées ni d'exercices violents et prolongés, on ne peut alléguer, dans ce cas, la rupture de quelques fibres musculaires du triceps crural.

Nous sommes obligé de faire intervenir un autre élément, et nous sommes porté à croire qu'une altération profonde de

l'organisme mit cet officier dans un état de plus grande réceptivité miasmatique et à reconnaître l'origine microbienne de cette affection, quoique nous n'ayons pu faire l'examen microscopique du pus qui sortit de l'incision ni des fibres musculaires altérées.

Ne pourrait-on pas supposer que l'économie recélât un microbe à l'état latent et que, sous l'influence d'une cause quelconque, telle que l'anémie tropicale ou la déchéance organique, ce microbe se mît à évoluer et à effectuer des pérégrinations dans les différents tissus de l'organisme?

Cette hypothèse peut paraître un peu subtile, mais on peut l'émettre, si on cherche à se rendre compte de la relation qui existe entre les furoncles, qui ouvrent la marche des différents accidents inflammatoires et qui peuvent être considérés comme les avant-coureurs de la myosite primitive infectieuse.

D'après Velpeau (*Gazette des Hôpitaux* 1853), l'inflammation peut être circonscrite, avec l'apparence d'un noyau (c'est le cas de l'observation XIV), ou répandue sous la forme d'une large surface rouge, empâtée, douloureuse. La suppuration, qui suit les mêmes lois, tantôt se rassemble en un foyer plus ou moins volumineux, tantôt se répand en fusées purulentes.

Dans la myosite, un noyau ou une plaque se forme d'abord sous l'aponévrose : sa présence n'est révélée par aucune rougeur, par aucun gonflement apparent; la pression seule permet de constater une tuméfaction dure et douloureuse profondément située. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours qu'on peut reconnaître par la vue le gonflement du membre et la rougeur des téguments. En même temps, les malades ne peuvent faire exécuter aux muscles affectés aucun mouvement sans en éprouver de vives douleurs. Si dans les phlegmons intermusculaires la douleur est vive aussi, elle

n'est pas telle cependant qu'elle force les malades d'adopter de préférence une attitude déterminée du membre et de la garder d'une manière permanente. Dans la myosite, au contraire, le malade place de lui-même son membre de manière à mettre les muscles dans le plus complet relâchement; toute tentative de contraction ou d'extension des muscles augmente considérablement la souffrance.

Cette inflammation offre peu de rapidité dans ses allures, elle n'arrive que lentement à ses terminaisons naturelles. On sait, en effet, que les inflammations marchent d'autant plus vite et aboutissent d'autant plus promptement à la suppuration que le tissu cellulaire est plus abondant et plus foliacé, et réciproquement la marche des inflammations est d'autant plus lente, la suppuration d'autant moins rapide, que le tissu cellulaire est moins abondant et plus serré. Il n'est donc pas étonnant que dans le tissu cellulaire des muscles, qui présente ces dernières propriétés, les accidents inflammatoires se développent avec lenteur. Ainsi tandis qu'il suffit pour produire du pus de six à huit jours dans le phlegmon circonscrit, trois à quatre jours pour le phlegmon diffus, on peut encore espérer éviter la suppuration huit, dix, quinze et même vingt jours après le début de la myosite.

Pronostic.

La myosite se résoud le plus souvent d'elle-même, sans qu'il soit besoin d'un traitement énergique. Mais cette terminaison, quelque heureuse qu'elle soit, n'est pas exempte de quelques inconvénients. Il peut rester dans les muscles une induration très persistante, souvent indélébile, et qui trouble pendant longtemps les fonctions de ces organes.

L'inflammation, en effet, détruit la flexibilité et la mobilité du tissu cellulaire ; elle soude les fibres musculaires les unes aux autres, comme les fausses membranes agglutinent les surfaces opposées de la plèvre, comme le phlegmon soude la peau au tissu sous-cutané, ou rend les tendons immobiles dans leurs gaînes synoviales. Or, dans l'acte normal de la contraction musculaire, les fibrilles charnues peuvent et doivent se contracter isolément; après l'inflammation, confondues entre elles, elles ne forment plus qu'une masse homogène qui a perdu toute souplesse. Plus tard, il peut même arriver que le produit de l'exsudation inflammatoire s'organise, s'hypertrophie, et que les fibres charnues, incessamment gênées dans leur fonction, finissent par disparaître plus ou moins complètement et ne laissent à leur place qu'un cordon fibreux.

Symptômes.

C'est, en général, chez des sujets encore jeunes, ou n'ayant pas dépassé cinquante ans, que surviennent ces phlegmasies protopathiques des muscles.

La fatigue exagérée prenant une part importante dans leur production, elles ont pour siège de prédilection les muscles de l'économie qui fournissent le travail le plus fort. Ce sont, en première ligne, les muscles de la région postérieure de la jambe et les adducteurs du bras. Viennent ensuite les muscles de la région externe de l'avant-bras, le deltoïde, le biceps, les muscles de la région externe de la jambe.

Au début, les malades éprouvent des douleurs plus ou moins vives au niveau des points malades Ces douleurs sont constrictives, lancinantes, quelquefois aussi dilacérantes; elles sont fixes et parfaitement limitées aux muscles atteints. La pression les exagère singulièrement, et bientôt, par la palpation, lorsque les muscles malades sont superficiels, on constate une tuméfaction étendue à un ou plusieurs muscles. Cette tuméfaction, qui ne survient en général que du troisième au septième jour, présente des caractères pathognomoniques. Les muscles sont durs, résistants, non élastiques; quand ils sont superficiels, ils se dessinent nettement sous la peau, comme dans la contracture, et gonflés en général dans toute leur étendue, ils paraissent hypertro-

phiés. Quand la tuméfaction a duré plusieurs jours, le tissu musculaire acquiert une dureté de plus en plus grande rappelant celle du bois; aussi lui a-t-on donné les épithètes de ligneuse (Velpeau), lardacée, etc.

Presque toujours, en même temps que la tuméfaction du muscle, il se produit un gonflement indolent des parties voisines, et notamment une sorte d'empâtement mou, œdémateux, du tissu cellulaire sous-cutané. Quelquefois aussi apparaissent des ecchymoses, quand l'infiltration sanguine, dont le muscle est souvent le siège, atteint le tissu cellulaire sous-cutané.

L'œdème serait dû à la gêne produite dans la circulation veineuse par la compression que les muscles gonflés et indurés exercent sur les vaisseaux sanguins. (Schnepf.)

Lorsqu'il n'y a pas d'ecchymoses, la peau conserve sa couleur normale, et on ne constate guère d'élévation locale de la température que dans les cas d'inflammation très aiguë.

Avec un tel état des muscles, les mouvements spontanés sont impossibles, et les mouvements provoqués réveillent des douleurs très intenses.

Par le fait du processus inflammatoire, les muscles sont raccourcis; de plus pour atténuer les phénomènes douloureux, les malades ont une tendance instinctive à rapprocher le plus possible les points sur lesquels s'insèrent les fibres altérées et ils y parviennent par la contraction des muscles sains. De là résultent des attitudes particulières qui sont produites à la fois par le raccourcissement des muscles enflammés et par une sorte de contracture par appréhension.

Dans certains cas la contracture des muscles sains est d'une origine différente; elle porte sur des muscles plus

éloignés, mais innervés par des troncs nerveux qui traversent le foyer inflammatoire et sont probablement irrités.

Comme toute phlegmasie, la myosite s'accompagne presque toujours de quelques symptômes généraux.

La fièvre est en général très modérée, elle peut même manquer complètement. Les malades ressentent en outre de la fatigue, de l'insomnie et parfois de légers troubles des voies digestives.

La marche de la maladie est plus ou moins rapide. Dans la forme la plus légère, la douleur et la tuméfaction disparaissent au bout de cinq ou six jours, et il ne reste plus dans la région malade qu'un peu d'endolorissement, mais le plus souvent la tuméfaction et l'induration ne disparaissent que lentement.

L'affection se termine presque toujours par résolution après une durée moyenne de vingt-huit jours (Fischer); mais la terminaison par suppuration est assez fréquente et alors on observe tous les signes locaux et généraux qui accompagnent un phlegmon : recrudescence de la fièvre, chaleur locale, gonflement des parties molles voisines, rougeur de la peau; puis fluctuation. A l'incision le pus est peu abondant et son mélange avec du sang altéré semble indiquer que le foyer inflammatoire, avant de suppurer, a été le siège d'une infiltration hémorrhagique.

Cette suppuration prolonge la durée de la maladie qui peut être ainsi de deux mois. Jusqu'à présent on n'a pas observé de terminaison fatale.

Diagnostic.

D'après ce que nous venons de dire, il sera facile de distinguer la myosite du rhumatisme musculaire, du scorbut, de la phlébite et du phlegmon profond.

Traitement.

Le traitement devra être étiologique, morbide et symptomatique.

Le traitement étiologique n'est guère praticable, car l'on ne peut pas toujours se soustraire à l'influence nocive des miasmes et des effluves ambiants, et c'est une question de pure idiosyncrasie.

Quant au traitement morbide et symptomatique, il sera général et local; il faudra relever les forces du malade par des toniques amers et un régime fortifiant et s'efforcer de détruire l'agent infectieux par l'antiseptique le mieux approprié; le sulfate de quinine peut seul dans ces circonstances rendre de réels services.

Le traitement local consistera en émissions sanguines locales dont il faudra s'abstenir néanmoins si la faiblesse du malade s'y oppose; onctions avec pommade belladonée et cataplasmes; dès qu'on s'apercevra de la moindre fluctuation, inciser largement les téguments, faire des injections phéniquées dans le foyer purulent et appliquer le pansement Lister tel que ce chirurgien l'indique lui- même.

CONCLUSIONS

1° D'autres muscles que le psoas peuvent être le siège d'une myosite aiguë suppurée.

2° La myosite peut se rencontrer à la suite de traumatisme, dans la fièvre typhoïde, dans les fièvres éruptives, dans les fièvres palustres graves, en un mot dans toutes les maladies fébriles à haute température, en outre de l'infection purulente et de l'affection farcino-morveuse.

3° La myosite peut se déclarer spontanément à la suite d'efforts violents et prolongés.

4° Il existe une myosite primitive, survenant sans causes appréciables, et que l'on pourrait peut-être considérer comme d'origine microbienne.

Vu et approuvé :

Le Président de la Thèse,
Dr LAYET.

Le Doyen,
A. PITRES.

Bordeaux, le 22 février 1887.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DANCE..... Mémoire sur l'odeur fétide et stercorale que présentent certains abcès développés dans les parois de l'abdomen. (*Arch. gén. de méd.* 1832. Série I, t. XXX, p. 156.)

DESPRÉS..... *Traité de l'érysipèle*, p. 81.

DIONIS DES CARRIÈRES *De la myosite.* Thèse Paris 1851.

FERRUS..... Dict. en 30 vol., art. Psoïtis.

FISCHER..... De la Myosite. (*Union médicale de la Gironde*, 1859, janvier et février.)

FOUCAULT..... Myosite suppurée aiguë. (*Bulletin de la Société anatomique*, nov. 1869, p. 507.)

GENDRIN..... *Histoire des inflammations*, t. II, 1826.

GRISOLLE..... *Path. int.*, t. I, p. 573: Tumeurs phlegmon. des fosses iliaques.

HAYEM..... Cicatrisation des muscles à la suite des sections sous cutanées. (*Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, 5e série, t. II. Paris, 1870 et 1872, p. 53.

HAYEM..... Etudes sur les myosites symptomatiques. (*Arch. de physiol.*, 1870.)
Article muscle (*Path. méd. Diction. encyclopédique des sciences médicales.* Paris, 1876. 2e série, t. X.

JACOPS ..... *Etude clinique sur les abcès musculaires qui surviennent pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.* Thèse Paris 1873.

KYLL ..... Mémoire sur la psoïte et les abcès du psoas. (*Arch. génér. de médecine*, 2e série, 1834.)

LABUZE ..... *Des abcès développés dans la gaîne des grands droits de l'abdomen.* Thèse Paris 1871.

LAUGIER .. .. Art. abcès. *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. I, p. 8.

MARCHAL (de Calvi) .. *Des abcès phlegmoneux intra-pelviens.* Thèse de concours, Paris 1844.

MERCIER ..... Abcès du psoas. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1837, p. 205.)

OLLIER ..... De la myosite. (*Gazette des Hôpitaux*, 1873, p. 418)

OLLIVIER ..... Art. Ruptures musculaires. (Dict. en 30 vol.)

RICHARDSON ..... Ruptures musculaires. (*Gazette médicale* 1858.)

ROESELER ..... *Des abcès phlegmoneux des muscles.* Thèse Paris 1875.

SCRIBA ..... Etiologie de la myosite aiguë suppurée. (*Dent. Zeitschr. f. Chirurg.* 1885, p. 495.)

VALLIN ..... Myocardite et myosite dans les fièvres palustres graves. (*Union médicale* 1874.)

VELPEAU ..... Leçons sur la myosite. (*Gazette des Hôpitaux*, 1853, p. 600.)

WALDEYER ..... *Ueber die Verauderungen der guergestreilten Muskelen der entzundung um den typhus process, sower uber die regenerat derselberf.* (Wirchow's. Cer. 1865).

ZENKER ..... *Ueber die Veranderungen der wilkehrlichen Muskelen in typhus abdominalis.* Leipzig 1864.

Bordeaux. — Imprimerie O.-L. FAVRAUD, 91, rue Porte-Dijeaux